

Consumo de alcohol en jóvenes españoles

MI. Medranda de Lázaro^a, MR. Benítez Rubio^{a,b}

^aPediatra.

^bDoctora en Medicina.

CS ISFAS, Cuatro Vientos, Madrid

Rev Pediatría Aten Primaria. 2006; 8 Supl 3: S43-54

María del Rosario Benítez Rubio, charbenrub@hotmail.com

Resumen

El consumo de alcohol ha aumentado de forma espectacular entre los jóvenes españoles en las últimas décadas; se ha convertido en una conducta ampliamente generalizada, especialmente en el tiempo de ocio del fin de semana, formando parte de la llamada "cultura del botellón", socialmente tolerada y extendida.

Palabras clave: Alcohol, Intoxicación, Botellón, Abstinencia, Legislación, Adolescencia.

Abstract

Alcohol consumption has increased a lot among Spanish young people in the last decades; it has become a conduct widely generalized, especially in the weekend's leisure time, taking part of the so called "culture of the large bottle", socially tolerated and extended.

Key words: Alcohol, Intoxication, Abstinence, Legislation, Adolescence.

Introducción

El alcohol es la droga de mayor consumo entre la población de la Comunidad de Madrid y en particular entre los jóvenes¹. Su consumo ha aumentado de forma espectacular en las últimas décadas, hasta convertirse en una conducta ampliamente generalizada entre adolescentes y jóvenes, en especial en el tiempo de ocio del fin de semana. El 27,1% de jóvenes efectúa consumos abusivos de alcohol los viernes y el 23,8% los sábados². Se ha observado un aumento de

la edad de inicio de consumo de alcohol en los jóvenes madrileños de 13,4 años a 13,9 años en el momento actual, hecho que parece estar ligado con la puesta en marcha de la Ley de Drogodependencias y otros trastornos adictivos (Ley 5/2002, de 27 de junio), conocida popularmente como Ley *anti-botellón*².

Recuerdo histórico

Las bebidas alcohólicas tienen una importante presencia en nuestro entorno social y cultural, que se remonta a

muchos siglos. Tradicionalmente el consumo de alcohol estaba reservado a los varones adultos, que lo ingerían de forma más o menos habitual en los espacios vinculados a la comida o en ciertos acontecimientos sociales; tenía en general carácter de celebración. A partir de los años ochenta su consumo sufrió una gran expansión, y se incorporaron nuevos grupos de consumidores, como son las mujeres y los adolescentes. Inicialmente el consumo de alcohol y drogas que realizaban los jóvenes, se enmarcaba en las nuevas corrientes que aparecieron en Europa, de manera que el uso de estas sustancias se limitaba a determinados grupos juveniles que participaban de la movida³. Actualmente el consumo de alcohol ha pasado a generalizarse entre los jóvenes, formando parte de la cultura del botellón, como lo confirma el hecho de que el 80% de los adolescentes de 14 a 18 años lo ha consumido alguna vez, y el que sean muchos los que beben habitualmente los fines de semana: 43% de los estudiantes de secundaria y 46% de los jóvenes de 15 a 29 años³.

El consumo de alcohol se asocia mayoritariamente con motivaciones de carácter lúdico, con la diversión y con los procesos de aceptación e integración del grupo. Pero un número de jóvenes

reconoce beber para evadirse de problemas o superar dificultades de relación con los demás³.

Farmacología del alcohol

Principio activo

El alcohol etílico o etanol (CH₃-CH₂-OH) es el agente psicoactivo –depresor del sistema nervioso central (SNC), dependiente de la dosis– que se encuentra disuelto en proporción variable en las diferentes bebidas alcohólicas. La concentración de alcohol varía de unas bebidas a otras y se expresa por la graduación alcohólica, que mide el porcentaje de alcohol que contiene esa bebida. Todas las consumiciones de alcohol que se sirven en locales públicos contienen aproximadamente la misma cantidad de alcohol etílico, unos 10-12 g de alcohol puro, que es la unidad de consumo⁴. En España la unidad de bebida estándar (UBE) equivale a 10 g de alcohol puro (gramos de alcohol puro = cc x graduación x 0,8 [densidad del alcohol] / 100) (tabla I).

Aunque el alcohol puede ser absorbido tanto a través del tracto gastrointestinal como del respiratorio, existe un caso descrito en la literatura de intoxicación etílica fatal por absorción respiratoria⁵; la vía de consumo habitual es la oral. Una vez ingerido el alcohol etílico se produce una

absorción rápida, con un pico máximo a los 45-60 minutos^{1,4}. El 90% se absorbe en el intestino delgado y el 10% lo hace directamente en el estómago. La velocidad de absorción depende tanto de la rapidez con que se bebe, como del tipo de bebida ingerida (bebidas entre 15-30 grados tienen una velocidad de absorción más rápida). El espasmo pilórico y el vómito son mecanismos de protección del organismo contra la absorción del alcohol, haciendo que el alcohol quede retenido en el estómago, durante horas, sin llegar a ser absorbido, e incluso expulsado por el vómito⁴.

Una vez en la sangre, el alcohol se distribuye por todo el organismo, y afecta de forma especial a la actividad del cerebro. Los efectos intoxicantes aparecen

cuando va creciendo la concentración de alcohol en sangre (efecto Melanby). Este efecto consiste en que la gravedad de los síntomas y manifestaciones neurológicas es mayor, para una misma concentración de alcohol, cuando esta concentración está aumentando, que cuando está disminuyendo⁵. Dado que el cerebro contiene una elevada proporción de ácidos grasos, por los que el alcohol presenta una gran afinidad, y dado que el cerebro no dispone de sistema oxidativo, se produce su acumulación, que alcanza concentraciones más elevadas y prolongadas que en la sangre y que contribuye a su neurotoxicidad.

El 90% del alcohol se metaboliza en el hígado mediante una doble oxidación: de alcohol en acetaldehído y de éste en

Tabla I. Tipos de bebida y su equivalente en unidades de bebida estándar (UBE)

Tipo de bebida	Volumen	Número de UBE
Vino	1 vasito (100 cc)	1
	1 litro	10
Cerveza	1 caña (200 cc)	1
	1 litro	5
Vinos generosos (Jerez, Vermut...)	1 copa (50 cc)	1
	1 Vermut (100 cc)	2
	1 litro	20
Copas	1 carajillo (25 cc)	1
	1 copa (50 cc)	2
	1 combinado (50 cc)	2
	1 litro	40

Fuente: Drogas en Atención Primaria. Programa de Formación y Consulta. Fundación de Ciencias de la Salud y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. 2002⁶.

ácido acético, con la participación de tres sistemas enzimáticos: el de la alcohol-deshidrogenasa (el más importante), el sistema microsomal (MEOS) y el de la catalasa. El 10% restante se excreta sin metabolizar por orina y aire espirado⁴. El uso crónico de etanol provoca, en primera instancia, un aumento de la capacidad para metabolizarlo, que disminuye tras la supresión de éste en pocas semanas⁵. La eliminación completa del alcohol del organismo tarda entre 8 y 10 horas¹.

En general, la dosis letal de etanol se estima entre 5 y 8 g/kg de peso en adultos, y alrededor de 3 g/kg en los niños⁵.

Factores que influyen en la absorción del alcohol:

- Edad: más nocivo a menor edad.
- Sexo: en general las mujeres toleran peor los efectos.
- Peso corporal: efectos más intensos en personas delgadas.
- Mezcla con otras drogas.
- Combinación de bebidas alcohólicas con bebidas carbónicas, que aceleran la intoxicación.
- Fenómeno de tolerancia.
- Ayuno: la ingesta disminuye los efectos de la intoxicación.
- Velocidad de consumo: a mayor rapidez se potencian los efectos.
- Dosis ingerida.

Presentación

Existen dos tipos de bebidas alcohólicas:

- Bebidas fermentadas: proceden de la fermentación de los azúcares contenidos en los mostos de diversas frutas, con una graduación alcohólica que oscila entre 4 y 15 grados.
- Bebidas destiladas: se obtienen por destilación de las bebidas fermentadas, con una graduación alcohólica que oscila entre los 16 y los 45 grados.

Vías de consumo

- Vía oral

Determinación analítica

- Alcoholemia. Tasas de alcoholemia: proporción de gramos de alcohol que existe por cada 1.000 cc de sangre. Tasas de alcoholemia permitidas:

- Regla general: 0,5 g/l en sangre o 0,25 mg/l en aire espirado.
- Para conductores profesionales y noveles durante los dos primeros años de carné: 0,3 g/l en sangre o 0,15 mg/l de aire espirado.

La alcoholemia elevada sin síntomas de intoxicación alcohólica aguda puede ser indicador de tolerancia elevada y de mayor riesgo de gravedad de la abstinencia³.

- Detección cualitativa de etanol en orina. Añadir dicromato sódico al 10% en ácido sulfúrico al 50% a la orina. Una coloración verde indicaría presencia de alcohol en orina. No es una técnica cuantitativa⁵.
- Otras determinaciones bioquímicas de consumo excesivo de alcohol:
 - Volumen corpúscular medio (VCM) elevado.
 - Transaminasa GGT mayor de 50 mU/ml.
 - Transaminasas: ASAT, ALAT, ASAT/ALAT > 1
 - Transferrina deficiente en carbohidratos (CDT) > 20 U/l en varones y >25 U/l en mujeres, sin que exista hepatopatía. Se positiviza con consumo de 50-80 g de alcohol puro, durante 1-2 semanas. Con la abstinencia se normaliza en 12-17 días.

Interacción con otros fármacos o drogas

Los efectos del alcohol se potencian o disminuyen por otras sustancias depresoras del SNC como: sedantes, hipnóticos, anestésicos, antihistamínicos, bromocriptina, anticonvulsionantes, ansiolíticos, propranolol, antidepresivos o, incluso, analgésicos.

Pacientes tratados con metronidazol, cefalosporinas, hipoglucemiantes orales o disulfiram pueden experimentar efectos desagradables tras la ingesta de alcohol, por inhibición de la acetaldeshidrogenasa⁵.

Epidemiología del consumo de alcohol

El carácter de droga social aceptada y extendida en nuestra cultura que presenta el alcohol hace que, en ocasiones, se consideren normales patrones de consumo que son claramente abusivos.

Tabla II. *Epidemiología del consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes*

Período de consumo	Estudiantes de	
	secundaria 14-18 años	Jóvenes 15-29 años
Han consumido alguna vez	76%	86%
Han consumido en el último año	75%	79%
Han consumido en el último mes	58%	65%
Consumo en el fin de semana	43%	46%

Fuente: Plan Nacional Contra la Droga. Estrategia Nacional sobre Drogas 2005-2008. Plan de acción 2005-2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005⁶.

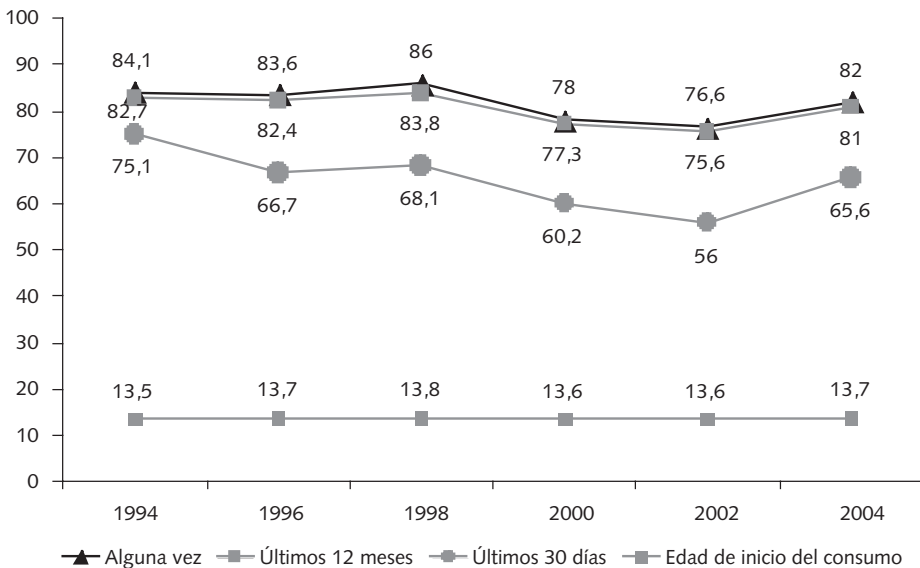
No sólo supone un consumo abusivo el ingerir alcohol de una forma intensa o habitual, sino que también lo es el ingerirlo en cantidades excesivas durante el fin de semana, aunque no se beba a diario, pudiendo generar igualmente adicción (tabla II y figuras 1 y 2).

El problema actual de la relación entre los jóvenes españoles y el alcohol radica no sólo en que el consumo de alcohol esté muy extendido, sino en que el abuso de éste, en el fin de semana, sea una conducta relativamente frecuente entre los adolescentes: uno

de cada dos escolares toma bebidas alcohólicas en el fin de semana, y uno de cada cinco reconoce haberse emborrachado al menos una vez durante el último mes³.

- El 55% de la población española mayor de 16 años es consumidor moderado de bebidas alcohólicas.
- Un 4% (1.255.000 personas) es consumidor excesivo (más de 525 cc alcohol puro/semana).
- Un 2% (627.400 personas) presenta trastornos por dependencia del alcohol.

Figura 1. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y edad de inicio al consumo en escolares de 14 a 18 años (%). España. 1994-2004.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta Escolar sobre Drogas. 1994-2004.

- El tipo de bebidas que se consume con mayor frecuencia son: cerveza (36,3%), vino (29,8%) y combinados (20,7%).
- Los jóvenes suelen beber cerveza y combinados, mientras que los adultos, vino y combinados⁵.

Patrón de consumo de alcohol

El patrón de consumo de alcohol en adolescentes se engloba en la llamada "cultura del botellón" y se caracteriza porque:

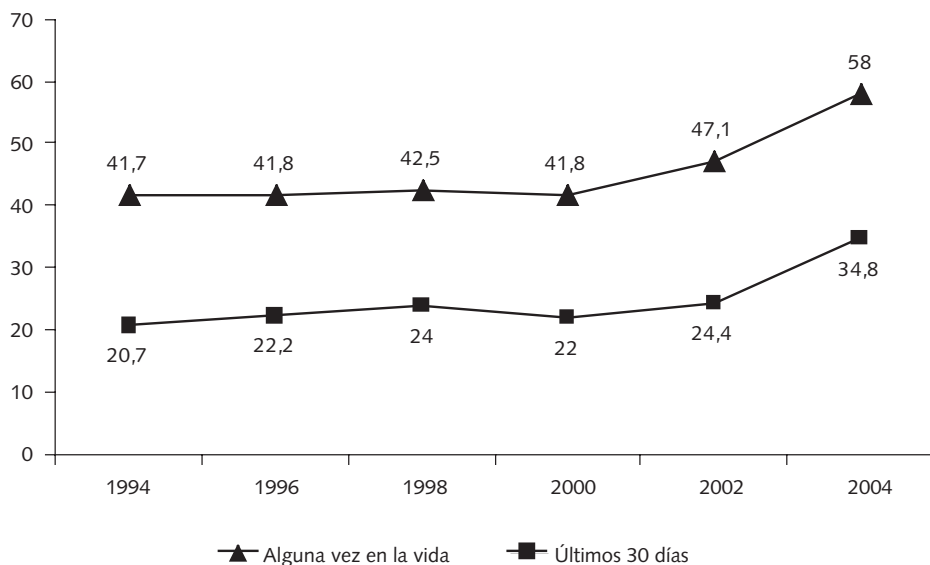
- Los consumos se concentran en el

fin de semana y fundamentalmente durante la noche.

- Se realizan en grupo y en espacios o lugares públicos (calles, bares, pubs o discotecas).
- Se ingieren importantes cantidades de alcohol en un período corto de tiempo buscando deliberadamente pillar el punto, cuando no directamente emborracharse.

El consumo se compatibiliza con el desarrollo de actividades habituales de su edad (estudiar, trabajar, practicar deporte de forma habitual...).

Figura 2. Prevalencia de borracheras en escolares de 14 a 18 años (%). España. 1994-2004.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta Escolar sobre Drogas. 1994-2004.

Efectos del consumo de alcohol

En un primer momento se produce sensación de euforia y desinhibición, que van seguidos de sueño y cansancio, descoordinación, alteraciones de la atención, la memoria, la percepción y, en consecuencia, reducción del rendimiento intelectual y físico¹.

- Efectos del consumo de alcohol
 - Desinhibición de la conducta y las emociones.
 - Sensación de euforia y excitabilidad.
 - Pérdida de la capacidad de autocontrol.
 - Descoordinación psicomotora.
 - Deterioro de la atención, la memoria y la concentración. El deterioro cognitivo se produce por atrofia cerebral. Ambos mejoran con abstinencia, pero reaparecen rápidamente al reiniciar el consumo⁴.
 - Deterioro de la capacidad de juicio (de la percepción de riesgo) y falsa sensación de seguridad.
 - El consumo excesivo de alcohol está relacionado con el 50% de los accidentes de tráfico mortales (la mayoría son jóvenes menores de 30 años que sufrieron accidentes en el fin de semana), el 15-35% de los accidentes de

tráfico con heridos graves, el 30% de los accidentes laborales y el 40% de los actos delictivos⁴.

- Alteraciones visuales y perceptivas.
- Trastornos sexuales.
- Sueño y cansancio.
- En algunas personas, comportamientos agresivos.

La ingesta de dosis importantes de alcohol provoca intoxicación aguda o borrachera, acompañada de náuseas y vómitos. En ocasiones, el consumo abusivo de alcohol se acompaña de pérdida de conciencia y coma etílico.

Intoxicación alcohólica aguda

- Signos neurológicos. Presencia de signos neurológicos de enlentecimiento en el funcionamiento de la corteza cerebral y cerebelosa, tales como:
 - Lenguaje farfullante.
 - Incoordinación motora.
 - Marcha inestable.
 - Nistagmus.
 - Deterioro de la atención y la memoria. Entre ellas se encuentran las amnesias circunscritas (*blackouts*), que consisten en episodios de amnesia anterógrada (10-15 minutos previos y que se prolongan mientras se mantengan elevados los niveles de alcohol en

sangre). Son debidos a la intoxicación alcohólica aguda, y pueden producir malestar importante, ya que el paciente teme haber dañado a alguien o haberse comportado de manera imprudente mientras estaba intoxicado.

Cuando la intoxicación es grave puede conducir a estados de estupor, coma e incluso la muerte por depresión cardiorrespiratoria.

- Otros signos acompañantes: desinhibición conductual; cambios desadaptativos, del tipo: sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social.

La intoxicación alcohólica aguda se manifiesta con síntomas conductuales diferentes, en función del grado de intoxicación (tabla III).

Dependencia de alcohol

El alcohol produce dependencia tanto física como psíquica. Esta dependencia se diagnostica, desde un punto de vista clínico, y según criterios de dependencia para el alcohol en el DSM III-R, cuando se cumplen al menos tres de los siguientes factores:

- La duración del consumo o la cantidad ingerida es mayor de la que el sujeto pretende.
- Deseo persistente de consumir o repetidos esfuerzos inútiles de suprimir o controlar el consumo.
- El paciente emplea la mayor parte del tiempo en obtener alcohol para consumirlo o en recuperarse de sus efectos.
- Intoxicaciones frecuentes o síntomas de abstinencia en situaciones domésticas, laborales o de otro tipo.

Tabla III. Efectos del alcohol según el nivel de alcoholemia

Nivel de alcoholemia (en g/dl)	Efectos producidos
0,5	Desinhibición, alteraciones de la capacidad de razonamiento y de pensamiento.
1	Torpeza perceptible en movimientos voluntarios.
2	Depresión del área motora y alteraciones del control emocional.
3	Confusión e incluso estupor.
4-5	Puede aparecer coma.
> 5	Se puede producir la muerte por depresión respiratoria o incluso por aspiración involuntaria del vómito.

Fuente: Drogas en Atención Primaria. Programa de Formación y Consulta. Fundación de Ciencias de la Salud y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. 2002.*

- Considerable disminución de las actividades sociales a causa del consumo de alcohol.
- Consumo continuo de alcohol, a pesar de ser consciente de tener un problema social, psicológico y médico.
- Tolerancia notable a diferentes síntomas.
- Consumo de alcohol para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.

La mayoría de los depresores neurológicos (etanol, benzodicepinas, barbitúricos) presenta un fenómeno de dependencia cruzada (capacidad que tiene una sustancia para hacer desaparecer las manifestaciones clínicas de un síndrome de abstinencia por otra sustancia análoga, y para mantener el estado de dependencia)⁵.

Abstinencia de alcohol

El consumo crónico excesivo de alcohol puede inducir cambios neuroadaptativos. Cuando dicho consumo se suprime bruscamente pueden aparecer signos de hiperexcitabilidad neuronal, que cursan con:

- Hiperactividad autonómica (taquicardia, taquipnea, hipertensión arterial, sudoración).
- Temblor distal de las manos.
- Insomnio.
- Náuseas y vómitos.
- Ansiedad.

- Sensación de necesidad imperiosa de beber (*craving*).

Cuando la abstinencia es grave puede aparecer *delirium tremens*, que cursa con crisis convulsivas generalizadas, ilusiones perceptivas o incluso alucinaciones, ideas delirantes secundarias, insomnio y agitación psicomotriz.

Problemas legales del consumo de alcohol

Los problemas legales relacionados con el consumo de alcohol quedan contemplados en:

- Código Penal:
 - Artículo 20.2: Causas que eximen de responsabilidad criminal.
 - Artículo 21.2: De las circunstancias que atenúan la responsabilidad criminal.
 - Artículo 87: De la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad.
 - Artículo 102: De las medidas privativas de libertad.
 - Artículo 379: De los delitos contra la seguridad del tráfico: conducir superando las tasas de alcoholemia permitidas se considera delito penal y está penado con arresto de 8 a 12 fines de semana, o multa de 3 a 8 meses y privación del

permiso de circulación durante un período entre 1 y 4 años.

- Artículo 65.5 de la Ley sobre Tráfico: conducir superando las tasas de alcoholemia permitidas está penado con sanción administrativa: multa de 302 a 602 euros y retirada del carné.
- Real Decreto legislativo 339/1990, de dos de mayo.

Tratamiento del consumo del alcohol

Tratamiento de urgencia⁵

- Mantener estables las funciones cardiovasculares y respiratorias. Vía aérea libre.
- Extraer muestra de sangre para determinación de alcoholemia y posibles alteraciones metabólicas.
- Inmovilización de la columna vertebral por ser frecuentes los traumatismos craneoencefálicos. Valorar la realización de una radiografía o una TAC craneal.
- Maniobras de reanimación cardiopulmonar, si se precisan.
- Historia con examen físico.
- Administración de 100 mg de tiamina por vía IV o IM, seguidos de 25-50 g de glucosa.
- Rehidratación parenteral y corrección de alteraciones del equilibrio ácido-base.

- Lavado gástrico o administración de un emético si no ha transcurrido mucho tiempo desde la última ingesta y el paciente está consciente. El carbón activado no se liga al alcohol, pero disminuye su absorción.
- Monitorización.
- Hemodiálisis en intoxicaciones graves potencialmente mortales, especialmente si el nivel de etanol supera 600 mg/dl con importante acidosis asociada.

Tratamiento de la dependencia

- Naltrexona: 50 mg/día
 - Acamprosato: 333 mg, cada 8 horas
 - Durante 6-12 meses
- Fármacos antidipsotrópicos. Tratamiento siempre supervisado
 - Disulfiram
 - Cianamida cálcica
- Intervención psicosocial
 - Terapia cognitiva-conductual.
 - Terapia para desarrollar la motivación
 - Terapia de introducción al programa de 12 pasos

Tratamiento de la abstinencia⁵

- Benzodiazepinas.
- Cuidados generales.
- Vitaminoterapia.

Bibliografía

1. Agencia Antidroga, Comunidad de Madrid. Jóvenes y alcohol. Una mala compañía. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
2. Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Noticias. Los adolescentes madrileños retrasan la edad del inicio en el consumo de alcohol. [En línea] [Consultado el 07/06/2006]. Disponible en www.adolescenciasema.org
3. Agencia Antidroga, Comunidad de Madrid. Los padres frente al "botellón". Guía práctica para una diversión sana de los hijos. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad; 2002.
4. Drogas en Atención Primaria. Programa de Formación y Consulta. Fundación de Ciencias de la Salud y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. [DVD]. 2002.
5. Agudo Ordóñez J, Cabrera Bonet R, del Río Muñoz PA. Alcohol. En: Cabrera Bonet R, Torrecilla Jiménez JM, editores. Manual de drogodependencias. Madrid: Comunidad de Madrid. Agencia Antidroga; 2004. p. 169-202.
6. Plan Nacional Sobre Drogas. Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008. Plan de Acción 2005-2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. p. 103, 123-4.

